

STERKORALNA PERFORACIJA REKTOSIGMOIDNOG KOLONA S FEKALNIM PERITONITISOM

MARIJAN KOLOVRAT, MISLAV ČAVKA¹, VLATKA ČAVKA², ŽELJKO BUŠIĆ,
DOMAGOJ LEMAC, ZVONIMIR LOVRIĆ i NJEGOSLAV BUŠIĆ³

*Klinika za kirurgiju, ¹Klinički zavod za radiologiju, Klinička bolnica Dubrava,
²Klinička bolnica "Sestre milosrdnice", Zagreb i ³Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska*

Kronična opstipacija može dovesti do fekalne impakcije kolona i do katastrofalne komplikacije kao što je opstrukcija debelog crijeva, perforacija i fekalni peritonitis. Prikazujemo slučaj sterkoralne perforacije rektosigmoidnog kolona s pneumoperitoneumom i fekalnim peritonitisom. Bolesnik je primljen u hitnoj službi zbog kliničke slike akutnog abdomena i pneumoperitoneuma dijagnosticiranog nativnim radiogramom trbuha.

Ključne riječi: sterkoralna perforacija, peritonitis, opstipacija, fekalni peritonitis

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. Zvonimir Lovrić, dr. med.
Klinika za kirurgiju
Klinička bolnica Dubrava
Av. Gojka Šuška 6
10040 Zagreb, Hrvatska
Tel: 01 2903581; e-pošta: zlovric@kdb.hr

UVOD

Sterkoralni peritonitis i fekalna kontaminacija trbušne šupljine najčešće su uzrokovani perforiranim karcinomom kolona i perforacijom divertikla kolona (1). Dostupna literatura o problemu kronične opstipacije s posljedičnom impakcijom i perforacijom je oskudna (2-6). Važno je rano postaviti dijagnozu (2,7). Impaktirani tvrdi fekalomi zbog pritiska na stijenku kolona dovode do ishemije, ulceracije i perforacije kolona. Sterkoralni peritonitis ima za posljedicu visoki morbiditet i mortalitet. Zbog toga je da bi se smanjile posljedice važna rana kirurška intervencija (2,8).

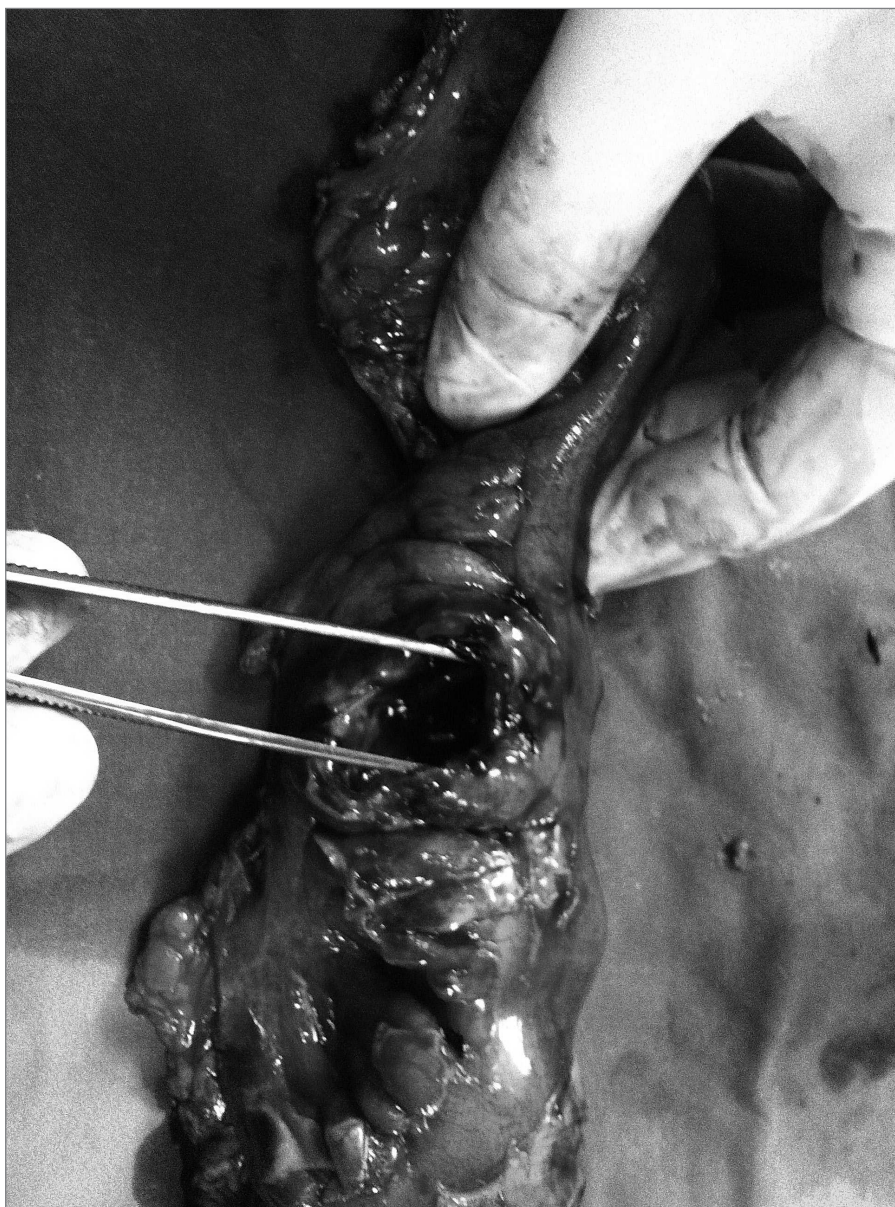
PRIKAZ BOLESNIKA

Bolesnik u dobi od 81 godine doveden u hitnu kirurgiju zbog kliničke slike akutnog abdomena. Od ranije ima ugrađen elektrostimulator srca, boluje od skolioze

torakalne kralježnice i ima paraparezu zbog protruzije i.v. diska L3-L5. Anamnestički se doznaje da zadnjih 4 dana nema stolicu. Na bolove u trbuhu se žali zadnja 3 dana i ima distendiran trbuh. Od laboratorijskih nalaza: L- 12,0. CRP- 221.GUK- 10; ureja- 16; kreatinin-147. Trbuh je izrazito distendiran i palpatorno difuzno bolan. Auskultatorno peristaltika se ne čuje. Digitorektalno ampula istamponirana tvrdim fekalnim masama konzistencije kamena.

Na nativnoj snimci abdomena na boku vidi se veća količina slobodnog zraka u trbuhu.

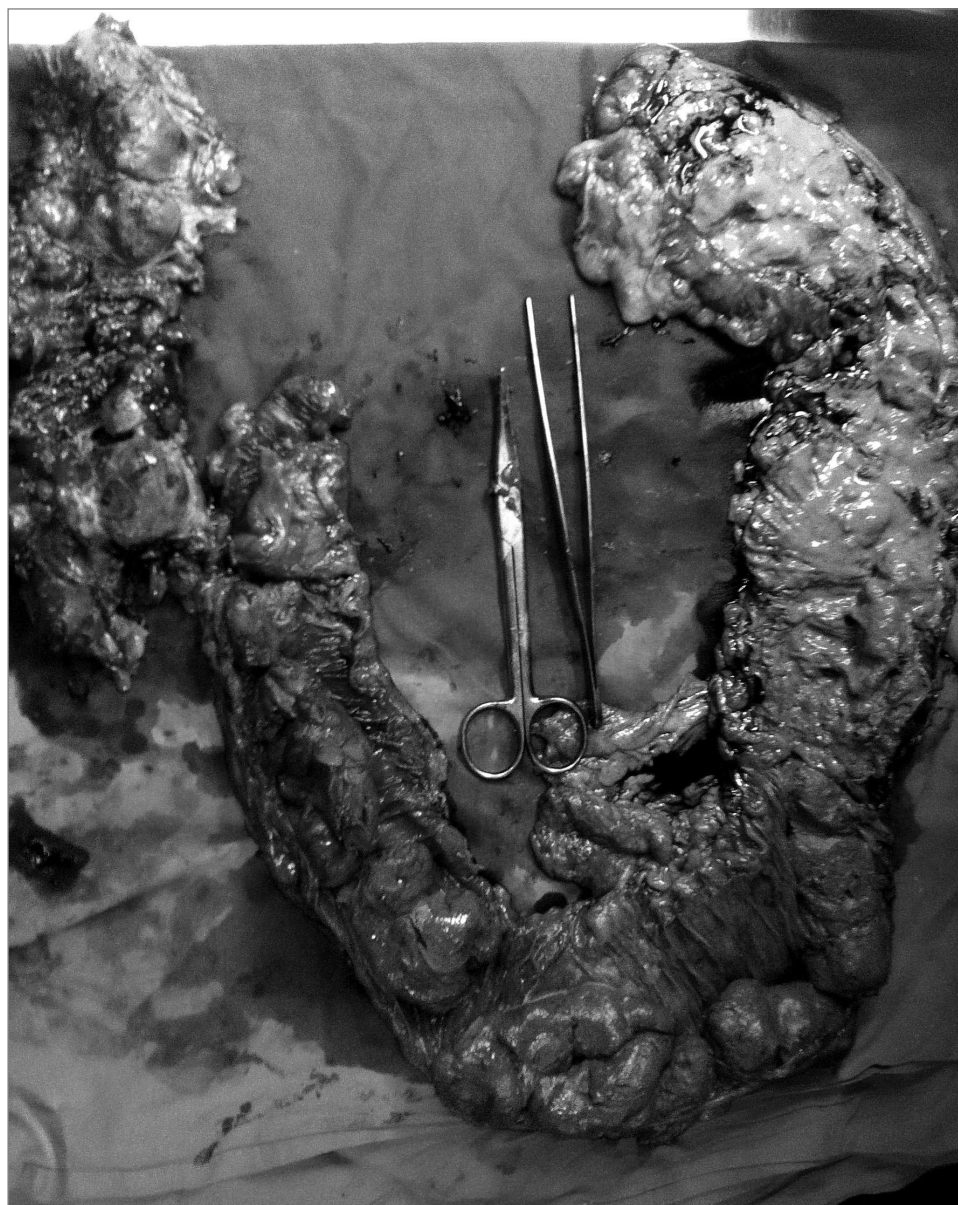
Nakon preoperacijske pripreme pristupi se hitnom kirurškom zahvatu. Kod uvoda u anesteziju ordinirana je antibiotska profilaksa (Cefazolin à 1 gram i.v. te Metronidazol à 500 mg. i.v). U OET anesteziji trbuh je otvoren srednjom medijanom laparotomijom. Na prednjoj antimezenteričnoj strani u rektosigmoidnom prijelazu nađena je perforacija kolona za oko 3 cm s fekalnim masama u zdjelici i sterkoralnim peritonitisom (sl. 1).



Sl. 1. Mjesto perforacije kolona na reseciranom preparatu

Cijeli kolon je istamponiran čvrstim fekalnim masama koje se čvrsto drže za stijenku kolona te ih je bilo nemoguće manualno isprazniti. Učinjena je totalna kolektomija i unipolarna ileostoma (sl. 2). Za totalnu kolektomiju smo se odlučili jer je cijeli kolon bio istamponiran fekalnim masama tvrdim poput kamena koje nije bilo moguće niti instrumentom mehanički odstraniti, sterkoralni peritonitis je bio evidentan, te da se učinila i operacija po Hartmanu, bolesnik bi i dalje bio u stanju mehaničkog ileusa i oporavak bi bio nemoguć. Ovim zahvatom bolesniku je data šansa da preživi. Nakon što su iz intraperitonealnog dijela rektuma instrumentom ekstrahirana dva fekaloma tvrda kao kamen i veličine kokošjeg jajeta, rektum je slijepo zatvoren linearnim staplerom. Slijedi obilna lavaža trbušne šupljine sa 15 litara fiziološke otopine, te dre-

naža trbušne šupljine. Poslijeoperacijski tijek uz parenteralnu ishranu, analgetike i antibiotike (Cefazolin i Metronidazol) te korekciju elektrolita, tekućine, KS i ABS-a protječe zadovoljavajuće. Stoma uredno funkcionira. Dren je odstranjen nakon 4 dana. Rana je zacijelila *per primam*. Preparat je upućen na PHD. Patohistološki nalaz: Isječak sadrži završni dio tankog crijeva dužine 3 cm, crvuljak dužine 4 cm i debelo crijevo dužine 85 cm. Subseroza i seroza prožete granulacijskim tkivom s miješanim upalnim infiltratom te žarištima ekstravazata eritrocita s neutrofilima i gnojnim tjelešcima. Mezokolon je prožet miješanim upalnim infiltratom, serozna površina prekrivena fibrinom i neutrofilima s gnojnim tjelešcima. Krvne žile su zadebljanih stijenki. Mjesto perforacije je nepravilno, sivkasto zelenkaste, stanjene stijenke, a na mjestu perforacije



Sl. 2. Otvoreni preparat reseciranog kolona s vidljivim fekalnim masama

prekid kontinuiteta stijenke od 3 cm, obilni miješani upalni infiltrat, žarišta ekstravazata eritrocita te žarišta nekroze. PHD: *Perforatio colonis rectosigmoidei. Peritonitis acuta.*

jagnostici su dovoljni fizikalni pregled i nativna snimka trbuha, ali može se učiniti i MSCT trbuha (2,6,7). Unatoč ranoj dijagnostici i ranom kirurškom liječenju smrtnost se kreće do 30%.

RASPRAVA

Sterkoralna perforacija kao posljedica opstipacije i impakcije kolona fekalomima može završiti totanom kolektomijom i životno ugroziti bolesnika (2-8). Povećan intraluminalni tlak dovodi do ishemije, nekroze i sterkorodne perforacije (1), koja se najčešće događa u području sigmoidnog kolona i rektosigmoidnog prijelaza i to u antimezokoličnom dijelu stijenke crijeva. U di-

ZAKLJUČAK

Kod bolesnika s kroničnom opstipacijom važno je kontrolirati svakodnevno pražnjenje stolice i prevenirati impakciju fekalnim masama, i ako se događa akutno zbivanje u trbuhu i u anamnezi postoji podatak o kroničnoj opstipaciji, treba misliti i na sterkorodnu perforaciju (2,7,8,).

LITERATURA

1. Kumar P, Pearce O, Higginson A. Imaging manifestations of fecal impaction and stercoral perforation. Clin Radiol 2011; 66: 83-8.
2. Sharma M, Agrawal A. Case report: stercoral sigmoid colonic perforation with fecal peritonitis. Indian J Radiol Imaging 2010; 20: 126-8.
3. Craft L, Prahlow JA. From fecal impaction to colon perforation. Am J Nurs 2011; 111: 38-43.
4. Lundy JB, Gadacz TR. Massive fecal impaction presenting with megarectum and perforation of a stercoral ulcer at the rectosigmoid junction. South Med J 2006; 99: 525-7.
5. Falidas E, Mathioulakis S, Vlachos K, Archontovasilis F, Villias C. Stercoral perforation of the sigmoid colon. A case report and brief review of the literature. G Chir 2011; 32: 368-71.
6. Oakenful C, Lambrianides AL. Stercoral perforation of the rectum. Emerg Med Australas 2011; 23: 224-7. doi:10.1111/j.1742-6723.2011.01401.x.
7. Schildberg CW, Skibbe J, Croner R, Schellerer V, Hohenberger W, Horbach T. Rational diagnostics of acute abdomen. Chirurg 2010; 81: 1013-9.
8. Wald A. Management and prevention of fecal impaction. Curr Gastroenterol Rep 2008; 10: 499-501.

SUMMARY

STERCORAL RECTOSIGMOID COLONIC PERFORATION WITH FECAL PERITONITIS

M. KOLOVRAT, M. ČAVKA¹, V. ČAVKA², Ž. BUŠIĆ, D. LEMAC, Z. LOVRIĆ and Nj. BUŠIĆ³

University Department of Surgery, ¹Clinical Department of Radiology, Dubrava University Hospital, ²Sestre milosrdnice University Hospital, Zagreb and ³Split University Hospital Center, Split, Croatia

Chronic constipation can lead to fecal impaction and catastrophic complication such as colonic obstruction, perforation and fecal peritonitis. A case is reported of stercoral perforation of the rectosigmoid with pneumoperitoneum and fecal peritonitis. The patient was admitted for the signs of acute abdomen with pneumoperitoneum diagnosed on native radiological imaging.

Key words: stercoral perforation, peritonitis, constipation, fecal impaction peritonitis, constipation, fecal impaction